



**University of  
Zurich**<sup>UZH</sup>

**Zurich Open Repository and  
Archive**

University of Zurich  
University Library  
Strickhofstrasse 39  
CH-8057 Zurich  
[www.zora.uzh.ch](http://www.zora.uzh.ch)

---

Year: 2004

---

## **Internet-Psychotherapie: Wirksamkeit und Besonderheiten der therapeutischen Beziehung**

Knaevelsrud, C ; Jager, J ; Maercker, Andreas

DOI: <https://doi.org/10.1159/000080913>

Posted at the Zurich Open Repository and Archive, University of Zurich

ZORA URL: <https://doi.org/10.5167/uzh-99582>

Journal Article

Published Version

Originally published at:

Knaevelsrud, C; Jager, J; Maercker, Andreas (2004). Internet-Psychotherapie: Wirksamkeit und Besonderheiten der therapeutischen Beziehung. *Verhaltenstherapie*, 14:174-183.

DOI: <https://doi.org/10.1159/000080913>

# Internet-Psychotherapie: Wirksamkeit und Besonderheiten der therapeutischen Beziehung

C. Knaevelsrud<sup>a, b</sup> J. Jager<sup>b</sup> A. Maercker<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Psychologisches Institut, Klinische Psychologie und Psychotherapie, Universität Zürich, Schweiz

<sup>b</sup>Klinische Psychologie, Universität Amsterdam, Niederlande

## Schlüsselwörter

Internet · Psychotherapie: Wirksamkeit ·  
Therapeutische Beziehung · Online-Therapie

## Zusammenfassung

In diesem Überblick wird Online-Therapie als andauernde, interaktive, textbasierte und asynchrone (zeitverscho-bene) Kommunikation zwischen Patient und Therapeut definiert, die mit dem Ziel einer verhaltensorientierten gesundheitlichen Verbesserung angewandt wird. Die Online-Therapie entspricht dem bisher am häufigsten genutzten Kommunikationsweg bei internetbasierten Therapieangeboten. Nach einer kurzen Übersicht über bisherige kontrollierte Wirksamkeitsstudien internetbasierter Interventionen werden einige Besonderheiten und Anwendungsgebiete der Online-Therapie dargestellt. Die Spezifika der therapeutischen Beziehung sind hierbei von besonderem Interesse, wozu auch eine Anzahl möglicher Vorteile gegenüber der traditionellen Psychotherapie gehören. Die Möglichkeiten und Grenzen der onlinebasierten Therapie werden abschließend diskutiert.

## Key Words

Internet · Treatment effects · Therapeutic relationship ·  
Online therapy

## Summary

*Online-Therapy: Effectiveness and Peculiarities of the Therapeutic Relationship*

In the present article, online therapy is defined as ongoing, asynchronous, interactive and text-based communication between patient and therapist aimed at a behavioural-based improvement of health. This definition corresponds to the most widely used mode of Internet-based psychological interventions. After a short overview of controlled empirical studies of internet-based interventions, unique features and application modalities are presented. Unique aspects of the therapeutic relationship that are of special interest and potential advantages of the online therapy are considered. Finally, limits and challenges of online therapy are discussed.

## Einleitung

Wurde die Idee einer computerbasierten Psychotherapie noch vor wenigen Jahren von einem Großteil der Fachwelt als orwellsch anmutendes Zukunftsszenario abgetan, ist mit der Entwicklung des Internets als Massenkommunikationsmittel ein breit gefächertes Spektrum von internetbasierten Therapie-, Beratungs- und psychologischen Informationsan-

geboten einhergegangen. Ungeachtet der vielfach geäußerten Skepsis und anhaltender kontroverser Diskussionen unter klinischen Experten [Baur, 2000; Griffiths, 2001; Maheu und Gordon, 2000] gegenüber dieser Entwicklung ist die Tendenz für eine Akzeptanz steigend [Norcross et al., 2002]. Zu den geäußerten Bedenken gehört unter anderem die ungeklärte Natur der therapeutischen Beziehung im Online-Kontakt [Cook und Doyle, 2002]. Häufig ist die Befürchtung, die the-

therapeutische Beziehung als ein zentraler Faktor im therapeutischen Prozess reduzierte sich dabei auf eine unpersönliche, verarmte, instabile und unkontrollierbare Verbindung von geringer Intensität.

Die therapeutische Beziehung ist, vor allem während der letzten beiden Jahrzehnte, ein wesentlicher Fokus der Psychotherapieforschung gewesen. Inzwischen gilt die Bedeutung der therapeutischen Beziehung (Arbeitsallianz) im Rahmen der Sprechzimmertherapie (im weiteren Text synonym zu: Face-to-Face-Therapie, traditionelle Therapie) für den Therapieerfolg als hinreichend erwiesen [Gelso und Carter, 1985; Horvath und Symonds, 1991; Martin et al., 2000]. Aus diesem Grund ist es sinnvoll zu untersuchen, welche Qualitäten die therapeutische Beziehung im Internet hat, welche Faktoren diese beeinflussen und ob die therapeutische Beziehung im Internet eine ähnlich essentielle Rolle hinsichtlich des Therapieerfolges spielt. Bei der nachfolgenden Darstellung der therapeutischen Beziehung im Internet wird Online-Therapie als andauernde, interaktive, textbasierte und asynchrone (zeitverschobene) Kommunikation zwischen Patient und Therapeut, mit dem Ziel einer verhaltensorientierten gesundheitlichen Verbesserung definiert [vgl. Alleman, 2002]. Diese Form entspricht dem bisher am häufigsten genutzten Kommunikationsweg bei internetbasierten Therapieangeboten. Neben einer kurzen Zusammenfassung der bisherigen Ergebnisse zur Wirksamkeit internetbasierter Interventionen sollen in diesem Artikel erste Ergebnisse und Ansätze, die dem Verständnis der therapeutischen Beziehung im Internet dienen, dargestellt werden. Zudem werden Aspekte der Online-Therapie, welche uns als besonders beachtenswert und möglicherweise vorteilhaft gegenüber der Sprechzimmertherapie erscheinen, gesondert diskutiert.

### Beispiel einer Online-Therapie (Interapy)

Zum besseren Verständnis einer Online-Therapie wird im Folgenden beispielhaft die internetbasierte Therapie für posttraumatische Belastungsstörungen (Interapy) dargestellt. Interapy ist eine kognitiv-verhaltenstherapeutisch ausgerichtete, manualbasierte Schreibtherapie [Lange et al., 2003b]. Die Patienten schreiben anhand von Instruktionen und individuellen Rückmeldungen ihrer Therapeuten Texte über ihr Trauma. Therapeut und Patient haben zu keinem Zeitpunkt des therapeutischen Prozesses direkten persönlichen Kontakt. Um an der Behandlung teilnehmen zu können, füllen die Interessenten zunächst mehrere Fragebögen aus, anhand derer festgestellt wird, ob eine internetbasierte Therapie ausreichend Unterstützung bieten kann. Dabei kommen umfassende Ausschlusskriterien zur Anwendung.

Im Gegensatz zu der Sprechzimmertherapie darf über das Internet keine Diagnose gestellt werden. Auch reduziert sich die Explorationsphase auf die Auswahl und Auswertung der bereits erwähnten Fragebögen. Werden die Patienten zu der

Behandlung zugelassen, unterzeichnen sie zunächst eine Einverständniserklärung mit Angabe ihrer Adresse und Telefonnummer. Die Behandlung erstreckt sich über einen Zeitraum von 5 Wochen, in dem die Patienten 10 Texte über ihr Trauma schreiben. Die Patienten erstellen individuelle Zeitpläne für die Schreibsitzungen und erhalten innerhalb eines Werktages manualbasierte, aber individuell angepasste Antworten. Für eine ausführliche Beschreibung des Behandlungsmanuals zur Behandlung von posttraumatischen Belastungsstörungen wird verwiesen auf Lange et al. [2003b].

### Die Wirksamkeit der Online-Therapie

Trotz einer deutlichen Zunahme der Therapieangebote in den letzten beiden Jahren ist die Anzahl der systematisch durchgeführten Effektstudien zu internetbasierten Interventionsformen bisher noch sehr begrenzt [Laszig und Eichenberg, 2003]. Betrachtet man jedoch die vorhandenen Daten, zeigen sich bei einer Reihe verschiedener computergestützter Therapien positive Effekte. Besonders für störungsspezifische Interventionen wie beispielsweise für Angst- oder Essstörungen häuft sich die Anzahl positiver Studienresultate. Dabei ist ein deutlich häufigerer Einsatz von kognitiv-verhaltenstherapeutischen Ansätzen, die auf klinisch bisher schon erprobten Therapiemanualen basieren, zu verzeichnen. Systematisch erhobene Nachweise der Wirksamkeit konnten unter anderem für die Behandlung von Angststörungen [Cohen und Kerr, 1998], Kopfschmerzen [Ström et al., 2000], Reduktion von Risikofaktoren für Essstörungen [Celio et al., 2000], posttraumatische Belastungsstörungen [Lange et al., 2003b], Panikstörungen [Klein und Richards, 2002; Carlbring et al., 2001, 2003; Kenardy, et al., 2003], Tinnitus-bedingten Beschwerden [Andersson et al., 2002], Burn-out-Syndrom [Lange et al., 2003a], psychologische Beschwerden bedingt durch eine Brustkrebsdiagnose [Winzelberg, 2003] sowie Übergewicht [Tate et al., 2003] erbracht werden. Eine Übersicht bisheriger randomisierter internetbasierter Studien ist in Tabelle 1 zu finden.

Bei einem Großteil der oben beschriebenen Studien zeigte sich eine Überlegenheit der Online-Intervention gegenüber der Kontrollgruppe. Problematisch bei den meisten der bisherigen Studien ist allerdings der Einsatz von subklinischen bzw. studentischen Stichproben sowie die geringe Stichprobengröße, was die Generalisierbarkeit der Ergebnisse erheblich einschränkt. Es ist außerdem unklar, inwieweit sich die Online-Therapie mit einer Sprechzimmertherapie vergleichen lässt. Mit Ausnahme der Studie von Cohen und Kerr [1998] gibt es bisher keine direkten Vergleichsstudien. Auch die Langzeiteffekte internetbasierter Behandlungen wurden bisher kaum überprüft. Dementsprechend lässt sich die Wirksamkeit der Online-Therapie trotz erster positiver Ergebnisse noch nicht abschließend beurteilen.

**Tab. 1.** Überblick über vorliegende, empirisch überprüfte Internet-Interventionen

Studie	Symptomatik/Störung	Patientengruppen und -anzahl	Therapiebedingungen	Ergebnisse	Effektstärken (d) für spezifische Symptomgruppen: Behandlungen vs. KG
Cohen und Kerr [1998]	Angststörungen	Studentische Stichprobe BG Internet (n = 12), BG f2f (n = 12)	Internetberatung (1-maliger Chat) vs. f2f-Beratung	Signifikante Reduktion der Angstsymptomatik in beiden Gruppen; kein signifikanter Unterschied zwischen beiden Gruppen	Angst: 0,14
Ström et al. [2000]	Kopfschmerzen	Patienten mit Kopfschmerzen BG (n = 51), WKG (n = 51)	Entspannungsverfahren und problem-lösungsorientierte Verfahren (E-mail) vs. WKG; Behandlungszeitraum: 6 Wochen	Signifikant seltener und weniger starke Kopfschmerzen bei der Internet BG im Vergleich zur WKG; 1-Monats-Follow-up	Kopfschmerzindex: 0,14 Kopfschmerz/Woche: 0,21 Depressivität: 0,14
Celio et al. [2000]	Reduktion von Risikofaktoren für Essstörungen	Subklinische Stichprobe BG Internet (n = 25), f2f (n = 26), WKG (n = 26)	Internetbasierte psychoedukative und kognitiv-behaviorale Interventionen und im Klassenverband vs. WKG; Behandlungszeitraum: 8 Wochen	Signifikante Reduktion der gestörten Essmuster in beiden BG; kein signifikanter Unterschied zwischen beiden Gruppen; 4-Monats-Follow-up	Sorgen bzgl. Gewicht: 0,63
Carlbirg et al. [2001]	Panikstörungen	Patienten mit Panikstörung randomisierte Verteilung auf BG und WKG, insgesamt (n = 41)	Internetbasiertes kognitiv-behaviorales Selbsthilfeprogramm mit minimalem E-mail-Kontakt mit Atemtraining vs. WKG; Behandlungszeitraum: 7-12 Wochen	Signifikante Reduktion der Angstsymptomatik der BG im Vergleich zur WKG; 1-Wochen-Follow-up	Körperwahrnehmung: 1,44 Agoraphob. Gedanken: 1,06
Klein und Richards [2001]	Panikstörungen	Patienten mit Panikstörungen BG Internet (n = 11), KG (self-monitoring) (n = 11)	Internetbasierte Psychoedukation und Techniken, Panik zu reduzieren, vs. KG; Behandlungszeitraum: 1 Woche	Signifikante Reduktion der Angstsymptomatik der BG im Vergleich zur WKG; 1-Wochen-Follow-up	Häufigk. v. Panikattacken: 0,40 Angst vor Panikattacken: 0,39 Allg. Ängstlichkeit: 0,32 Allg. Depressivität: 0,16 Tinnitus-Sympt: 0,26 Allg. Ängstlichkeit: 0,16 Allg. Depressivität: 0,20
Andersson et al. [2002]	Tinnitus	Subklinische Stichprobe BG Internet (n = 53), WKG (n = 74)	Internetbasierte kognitiv-behaviorale Interventionen und E-mail vs. WKG; Behandlungszeitraum: 8 Wochen	Signifikant stärkere Abnahme von Tinnitus-bedingten Beschwerden im Vergleich zur WKG; 1-Jahres-Follow-up	Körperempfindungen: 0,15 Agoraphob. Kognitionen: 0,19
Carlbirg et al. [2003]	Panikstörung	Patienten mit Panikstörung BG Internet (n = 11), Entspannung (n = 11), keine KG	Internetbasiertes kognitiv-behaviorales Selbsthilfeprogramm mit minimalem E-mail-Kontakt vs. Entspannung; kein fester Behandlungszeitraum	Signifikante Reduktion der Paniksymptome, kein signifikanter Unterschied zwischen beiden Gruppen; Prä-Post-Messung	Paniksymptomatik: 1,96
Kenardy et al. [2003]	Panikstörung	Patienten mit Panikstörung 3 BG: 12 Wochen f2f (n = 45), 6 Wochen f2f (n = 45), 6 Wochen computervermittelt (n = 41), WKG (n = 46)	Computervermittelte/f2f kognitive Verhaltenstherapie vs. WKG; Behandlungszeitraum: 12 bzw. 6 Wochen	Signifikante Verbesserung aller BG im Vergleich zur WKG; 6-Monats-Follow-up	
Lange et al. [2003a]	Burn-out-Syndrom (arbeitsbedingter Stress)	Subklinische Stichprobe BG (n = 62), WKG (n = 34)	Kognitiv-verhaltenstherapeutische Interventionen vs. WKG; Behandlungszeitraum: 7 Wochen	Signifikante Reduktion unter anderem von Depression, Angst und Erschöpfung in der BG im Vergleich zur WKG; 6-Wochen-Follow-up	Erschöpfung: 0,60 Stress: 1,22 Zynismus: 0,26 Kompetenzgefühl: 0,39
Lange et al. [2003b]	Posttraumatische Belastungsstörungen	Patienten und Studenten mit post-traumatischen Belastungssymptomen; BG (n = 69), WKG (n = 32)	Kognitiv-verhaltenstherapeutische Schreibaufträge vs. WKG; Behandlungszeitraum: 5 Wochen	Signifikante Reduktion von post-traumatischer Belastungssymptomatik und allg. Psychopathologie in der BG im Vergleich zur WKG; 6-Wochen-Follow-up	Intrusionen: 1,28 Vermeidung: 1,39
Tate et al. [2003]	Adipositas	Adipöse Patienten mit Risiko Diabetes II; Internet-BG (n = 46), Internet-BG mit individueller E-mail-Beratung (n = 46)	Behaviorales, edukatives Internetprogramm und E-mail-Beratung; Behandlungszeitraum: 1 Jahr	Signifikant stärkere Gewichtsabnahme in BG mit E-mail-Beratung; Prä-Post-Messung	Gewichtsreduktion der BG mit E-Mail-Beratung gegenüber der ausschließlich Internet-BG: 0,48
Winzelberg et al. [2003]	Psychologische Belastungssymptome nach Brustkrebsdiagnose	Patientenstichprobe; BG (n = 36), KG (n = 36)	Strukturierte, moderierte internetbasierte Gruppentherapie vs. Warteliste; Behandlungszeitraum: 12 Wochen	Signifikante Reduktion von Depressivität, Stresserleben und krebbedingtem traumatischem Erleben in der BG im Vergleich zur WKG; Prä-Post-Messung	Depressive Symptome: 0,54 Posttraum. Symptome: 0,48 Stresserleben: 0,38

BG = Behandlungsgruppe; KG = Kontrollgruppe; WKG = Warte-Kontrollgruppe; f2f = face to face = direkter therapeutischer Kontakt.

## Einordnung der Online-Therapie und der internet-basierten therapeutischen Beziehung

Die Einführung und Anwendung neuer Kommunikationsmedien in der psychotherapeutischen Praxis sollte nicht mit der Einführung eines neuen theoretischen Ansatzes verwechselt werden. Bei den internetbasierten Angeboten wurden bisher stets in der traditionellen Therapie erprobte Interventionen für den Gebrauch im Internet angepasst. Inhaltlich unterscheiden sich diese Interventionen von einer herkömmlichen Sprechzimmertherapie kaum – abgesehen von einem essentiellen Faktor: dem therapeutischen Kontakt. Bei der Diskussion von internetbasierten Therapieangeboten spielt die Qualität der therapeutischen Beziehung daher eine zentrale Rolle. Es stellt sich die Frage, ob dabei bisherige Theorien bezüglich der Qualität und der Entwicklung der therapeutischen Beziehung ihre Gültigkeit behalten oder ob möglicherweise ein neuer theoretischer Ansatz benötigt wird, um die onlinebasierte therapeutische Beziehung zu beschreiben.

Bei der Betrachtung der therapeutischen Beziehung im Netz muss wie bei den traditionellen Therapien zwischen verschiedenen psychologischen Interventionsmethoden differenziert werden [Grohol, 1999; Maheu und Gordon, 2000]. So sind im Internet Hilfsangebote wie Selbsthilfegruppen zu zahlreichen Themen zu finden. Verschiedene soziale und kirchliche Organisationen wie z.B. die Telefonseelsorge oder pro familia bieten Informationen, Prävention, Online-Beratungen und Kriseninterventionen im Netz an. Bezüglich der therapeutischen Beziehung sollte man diese Hilfsangebote deutlich von der Online-Therapie unterscheiden. Bei *Online-Beratungen* handelt es sich um die Beantwortung einmaliger Anfragen oder sporadische Kontakte, bei denen der Therapeut auf psychoedukative Art und Weise reagiert, d.h. konkrete Informationen auf spezifische Fragen bietet [Manhal-Baugus, 2001]. Hierbei spielt die therapeutische Beziehung eine eher untergeordnete Rolle. Die *Online-Therapie* beinhaltet dagegen einen regelmäßigen, über einen längeren Zeitraum anhaltenden therapeutischen Kontakt, in dessen Rahmen komplexere psychopathologische Probleme behandelt werden. Bei der Erörterung der internetbasierten therapeutischen Beziehung wird deshalb ausschließlich auf die einzeltherapeutisch orientierte Online-Therapie und nicht auf Beratungsangebote Bezug genommen. Auch Interventionen, bei denen das Internet nur als Unterstützung einer individuellen Face-to-Face-Behandlung dient, werden bei der Diskussion nicht berücksichtigt.

Nach Gelso und Carter [1985, S. 159] besteht die therapeutische Beziehung aus «allen Gefühlen und Einstellungen, die der Patient und Therapeut für bzw. gegenüber einander haben, und der Art und Weise, wie ihnen Ausdruck verliehen wird». Diese Beschreibung ist insofern nützlich, als sie sowohl die Technik und Prozeduren der unterschiedlichen Therapieansätze und somit auch onlinebasierter Interventionen integriert als auch die Theorie einbezieht, die als Grundlage dieser Techniken dient.

Der therapeutische Kontakt im Internet wird durch spezifische Rahmenbedingungen (so genannte Setting-Parameter, z.B. Synchronizität/Asynchronizität der Kommunikation) stark geprägt. Es existieren unterschiedliche Kommunikationsformen im Internet. Neben dem E-mail-Austausch, der dem traditionellen Briefwechsel sehr nahe kommt, ist es im «Intern Relay Chat», kurz «Chat» genannt, zusätzlich möglich, zeitgleich mit einem oder mehreren Teilnehmern zu kommunizieren. Diese Kommunikationsform imitiert im Vergleich zur E-mail-Kommunikation viel eher das direkte Gespräch. In passwortgeschützten virtuellen Räumen können mehrere Teilnehmer miteinander kommunizieren. Im Zuge der Verbesserungen bisheriger Kommunikationstechnologien ist es mittlerweile auch möglich, mithilfe einer Online-Videokonferenzschaltung Kontakt in Echtzeit und von Angesicht zu Angesicht herzustellen. Wie in der Einleitung erwähnt, wird bei der nachfolgenden Diskussion der therapeutischen Beziehung im Internet nur Bezug genommen auf andauernden, zeitvershoben und textbasierten Kontakt zwischen Patient und Therapeut.

## Besonderheiten der therapeutischen Beziehung in der Online-Therapie

Die therapeutische Beziehung im Internet wird maßgeblich von den mediantypischen Kommunikationsbedingungen geprägt, zu denen die Einschränkung der zur Verfügung stehenden Anzahl von Kommunikationskanälen, mögliche Verzerrungseffekte sowie ein postulierter Enthemmungseffekt in der Kommunikation gehören.

Zunächst charakteristisch für die internetbasierte Kommunikation ist der sehr stark sinnreduzierte Austausch, das heißt die Abwesenheit eines physischen Bildes und das Fehlen sozialer und nonverbaler Signale wie z.B. Augenkontakt, Körpersprache oder Nuancen in der Intonation. Die Schrift, die sich auf dem Computerbildschirm zeigt, ist der ausschließliche Schnittpunkt zwischen dem Therapeuten und dem Patienten. Anspannung, die sich z.B. in der Körperhaltung zeigt, Erschöpfung, Nervosität, also Hinweise, die entweder zur Bestätigung oder zum Infragestellen verbaler Informationen dienen könnten, bleiben verborgen.

Die eingeschränkte Möglichkeit zur unmittelbaren Reaktion auf nonverbale Signale des E-mail-Partners kann zur Folge haben, dass Verzerrungseffekte wie Missverständnisse oder Verstimmungen auf Seiten des Gegenübers schwieriger zu bemerken und zu korrigieren sind. Um diese Gefahr zu reduzieren, erscheint es bedeutsam, dass sich der Therapeut dem Ausdruck und Stil des Patienten so weit wie möglich anpasst, häufig zusammenfasst und Reaktionen verbal wesentlich expliziter formuliert [Lange et al., 2003a]. Die internetbasierte Kommunikation deswegen ausschließlich als defizitär zu begreifen, wäre jedoch voreilig. Es hat sich gezeigt, dass die Patienten das Defizit an nonverbaler Kommunikation mit medi-



umimmanenten Mitteln kompensieren können, zum Beispiel durch eine Variation des Schrifttyps oder des Bildschirmhintergrundes [Fenichel et al., 2002] oder dadurch, dass wichtige emotionale Informationen in Klammern beigefügt werden [Murphy und Mitchell, 1998]. Um zu verhindern, dass ein unzureichend definierter Kontaktmodus zu substantiellen Kommunikationsstörungen und Belastungen führen könnte, sollte eine definierte Kommunikationsfrequenz (z.B. Kontakthäufigkeit, Umfang, Schnelligkeit der Antworten) vorgegeben sein, die insbesondere der Therapeut, aber möglichst auch der Patient einzuhalten hat.

Basierend auf einzelnen Falldarstellungen schlussfolgerten Lindner und Fiedler [2002], dass Beziehungen im Internet durch eine verstärkte Neigung zur Idealisierung und ebenso zur Entwertung des Gegenübers charakterisiert sind: [Die Internet-Beziehungen] «ermöglichen es den Menschen, ungehemmter über sich oder (Teil-)Aspekte ihrer selbst zu kommunizieren bei gleichzeitiger größtmöglicher Distanz zum Gegenüber und Kontrolle der Kommunikation.»

Das Fehlen von visuellen und auditiven Informationen kann man möglicherweise auch im Zusammenhang mit intensiveren Übertragungs- und Gegenübertragungsprozessen sehen. Einen Ansatz, Kommunikationsverhalten am Computer zu beschreiben und zu erklären, lieferte Walther [1996] mit seiner Theorie des Hyperpersonalen. Walther argumentiert, dass die Absenz eines physischen Bildes des Gesprächspartners und der zeitverschobene Charakter der Kommunikation zu einer vergleichsweise stärkeren Anonymität führt. Walthers Theorie zufolge kann das zu einer wechselseitigen Idealisierung der Kommunikationspartner führen, verbunden mit einem insgesamt positiveren und intimeren Informationsaustausch. Bisher sind in diesem Bereich kaum empirische Nachweise erbracht worden.

### **Besonderheiten auf der Patientenseite**

Die Abwesenheit des direkten Kontaktes birgt möglicherweise gleichzeitig auch ein therapeutisch nutzbares Potential in sich. Die Anonymität der Teilnehmer erlaubt im Allgemeinen ein höheres Maß an Offenheit, Aufrichtigkeit und Intimität [Walther, 1996]. Suler [2001a] bezeichnet dieses Phänomen als Enthemmungseffekt (disinhibition effect) und meint damit ein reduziertes Erleben von Schamgefühlen. Der Enthemmungseffekt ermögliche es den Klienten, sehr schnell «zum Punkt zu kommen». Soziale Barrieren (z.B. aufgrund von äußeren Merkmalen) sind nicht relevant. Es besteht die Möglichkeit für den Patienten, vielleicht neue, bisher kaum zugelassene Selbstaspekte zu äußern [vgl. Döring, 2000, S. 380].

Auffällig ist die Verschiebung der traditionellen «Machtverteilung» in der Online-Therapie [Wright, 2002]. Im Vergleich zu der traditionellen Therapie, hängt der Informationsfluss zwischen den Therapiepartnern zu einem weitaus größeren

Teil davon ab, inwiefern die Therapieteilnehmer gewillt und in der Lage sind, ihren emotionalen Zustand in Worte zu fassen. Die Online-Therapie fordert vom Patienten eine aktivere Teilnahme am therapeutischen Prozess. Er ist in der Lage, die Kontaktaufnahme und -führung selbst zu gestalten und zu modifizieren und erhält die Möglichkeit zur Erprobung von zwischenmenschlicher Beziehungsgestaltung [Eidenbenz, 2003]. Durch das Schreiben ist außerdem ein hohes Maß an Freiheit bezüglich der Themenauswahl, der Ausgestaltung und der Schwerpunktsetzung gegeben [Cohen und Kerr, 1998]. Der Patient entscheidet selbst, in welchem Tempo und in welcher Intensität er arbeiten möchte. Das hat zur Folge, dass die Machtverteilung in der therapeutischen Beziehung ausgeglichener wird [Murphy und Mitchell, 1998; Cohen und Kerr, 1998]. Eine kritische Facette dieser Selbstbestimmtheit kann sich in Vermeidungsverhalten äußern, welches sich im Internet eher schwer erfassen lässt. Meldet sich ein Patient nicht oder bearbeitet er die gestellten Aufgaben nicht, kann das immer auch technische Probleme zur Ursache haben. Zur Herstellung einer Kontinuität und Verbindlichkeit im Kontakt ist die Definition eines festen Kontaktmodus vor Beginn der Behandlung entscheidend. Das könnte zum Beispiel bedeuten, dass nach einer bestimmten Anzahl von Tagen, nach denen sich der Patient nicht gemeldet hat, telefonischer Kontakt aufgenommen wird. Ähnlich wie im Face-to-Face-Kontakt ist es in diesem Fall wichtig, die Ursachen des Verhaltens möglichst nicht konfrontierend zu explorieren. Die Psychoedukation der Patienten bezüglich des Phänomens der Vermeidung im therapeutischen Prozess und die Betonung und Stärkung der Eigenverantwortlichkeit sind Möglichkeiten, diesem Problem zu begegnen. Alleman [2002] zufolge liegt die zentrale Herausforderung der internetbasierten therapeutischen Arbeit in der Anerkennung der selbstbestimmten Kontrolle des Patienten über das Ausmaß seiner Selbstöffnung und Ehrlichkeit.

### **Veränderungen für Therapeuten**

Zur Diskussion der therapeutischen Beziehung gehört selbstverständlich auch die Perspektive des Therapeuten. Von Vorteil hat sich in diesem Zusammenhang die asynchrone, also zeitverzögerte Kommunikation bei der Online-Therapie erwiesen, da sowohl Patient als auch Therapeut ausführlich über die vorherige Korrespondenz reflektieren können und nicht wie bei einer therapeutischen Sitzung unter dem Druck stehen, unmittelbar reagieren zu müssen [Grohol, 1999]. Schriftliche Reaktionen können zuvor mit Kollegen besprochen und sorgfältig vorformuliert werden. Der Supervisor hat also die Möglichkeit, den gesamten therapeutischen Prozess anhand der ausgetauschten Texte zu verfolgen. Dadurch entsteht ein erweiterter Reaktionsspielraum, verbunden mit der Möglichkeit zur intensiven Supervision. Außerdem kann der Therapeut die Konfrontation mit dem geschriebenen Material selbst

**Tab. 2.** Anteil positiver und negativer Beurteilungen der Behandlung Interapy [Lange et al., 2003a]

Fragen	Antworten	%
Haben Sie in Bezug auf Unterstützung und Anleitungen den direkten Kontakt (face-to-face) mit Ihrem Therapeuten vermisst?	Ja	31
	Nein	68
	Ich weiß nicht	1
Wie haben Sie es erlebt, über das Internet anstatt in direktem Kontakt behandelt zu werden?	Angenehm	81
	Unangenehm	6
	Ich weiß nicht	13
Wie haben Sie es erlebt, dass der Kontakt zu Ihrem Therapeuten ausschließlich per E-mail stattfand?	Angenehm	80
	Unangenehm	10
	Ich weiß nicht	10
Welchen Charakter hatte der Kontakt zwischen Ihnen und Ihrem Therapeuten?	Persönlich	75
	Unpersönlich	19
	Ich weiß nicht	15
Wie haben Sie den Kontakt mit Ihrem Therapeuten erlebt?	Angenehm	88
	Unangenehm	3
	Ich weiß nicht	9

regulieren, d.h. den Zeitpunkt des Lesens wählen und/oder Pausen dabei einlegen.

Die therapeutische Online-Beziehung unter dem Aspekt der Therapeutenseite untersuchten Dijk und Verkuil [2000] im Rahmen einer internetbasierten Therapiestudie von Patienten mit posttraumatischen Belastungsreaktionen (Interapy). Die Therapie dieser Erkrankungen bedeutet eine außergewöhnlich schwere emotionale Belastung für den Therapeuten [Maercker, 2003]. Anlehnend an das Konzept der sekundären Traumatisierung überprüften Dijk und Verkuil, inwieweit Therapeuten (n = 12), die traumatisierte Patienten über das Internet behandelten, selbst Beschwerden entwickelten. Mehr als die Hälfte der Therapeuten gaben an, dass sie sich hinsichtlich ihrer Patienten emotional sehr involviert fühlten. Ein Großteil beschrieb emotionale Reaktionen wie Besorgtheit und Mitfühlen, was darauf hindeutet, dass die «Online-Form» der Behandlung dem emotionalen Mitleben mit dem Patienten nicht im Wege steht.

Schauben und Frazier [1995] zeigten in ihrer Studie zur sekundären Traumatisierung von psychologischen Beratern, dass ein Großteil der Befragten es als schwierig empfand, die Beschreibung des traumatischen Ereignisses anzuhören (Exposition) und schmerzhaft Einzelheiten zu erfragen, während drei Viertel der Therapeuten, die über das Internet kommunizierten, nicht über diesbezüglichen Schwierigkeiten berichteten. Die Therapeuten empfanden aufgrund des digitalen Kontaktes keine Belastung durch nonverbale Eindrücke und beschrieben es als wichtigen Vorteil, dass sich die Klienten aufgrund der Anonymität der Behandlung frei äußern konnten. Es zeigte sich, dass diese Therapeuten relativ gut gewappnet waren hinsichtlich möglicher aversiver Konsequenzen der Traumabehandlung. Dafür mag einerseits das Arbeiten nach einem festen Therapieprotokoll, andererseits das Medium des Internets verantwortlich sein, wodurch die belastende Qualität des Traumanarrativs für den Therapeuten möglicherweise

vermindert wird. Aufgrund der kleinen Stichprobe von Therapeuten (n = 12) bei dieser Studie können die Ergebnisse jedoch nicht verallgemeinert werden. Auch handelte es sich bei der Untersuchung von Schauben und Frazier [1995] um Berater und nicht um ausgebildete Therapeuten; ein direkter Vergleich ist daher nicht zu ziehen.

Angesichts der Dauerhaftigkeit des schriftbasierten Kontaktes und der damit verbundenen Möglichkeit, das Geschriebene zu verschiedenen Zeitpunkten erneut zu lesen, sowie der potentiellen Mehrdeutigkeit der geschriebenen Sprache betonten King et al. [1998] anhand ihrer Erfahrungen mit internetbasierten Familientherapien die Notwendigkeit einer aufmerksamen, freundlichen und empathischen Haltung des Therapeuten. Der Therapeut sollte dabei primär mit positiven Verstärkern, d.h. unterstützend, ressourcenorientiert und mit Motivierungstechniken arbeiten. Die Transparenz des therapeutischen Vorgehens und des zugrunde liegenden Behandlungskonzeptes für den Patienten und die Anerkennung und Unterstützung seines selbständigen Engagements spielen hierbei eine wichtige Rolle. Das gilt in gleichem Maße für regelmäßige explizite und positive Rückmeldungen, häufige Zusammenfassungen der Ausführungen des Patienten durch den Therapeuten und die Ermunterung, Fragen und Zweifel zu äußern.

### Empirische Befunde zur therapeutischen Beziehung

Im Rahmen einer internetbasierten Behandlung von Burnout-Patienten befragten Lange und Kollegen [2003a] diese nach deren Beurteilung des therapeutischen Kontaktes. Wie aus Tabelle 2 ersichtlich wird, beschrieben 75% von 115 Patienten den Kontakt mit ihrem Therapeuten als «persönlich» und 88% als «angenehm». Achtzig Prozent der Patienten empfanden die Tatsache, dass der therapeutische Kontakt aus-

**Tab. 3.** Mittelwerte und t-Test-Vergleiche zwischen Online-Therapie und Sprechzimmertherapie-Stichproben [Cook und Doyle, 2002]

Skala des WAI	Online-Therapie (n = 15)	Sprechzimmertherapie (n = 25)	t-Test
Übereinstimmung bzgl. Aufgaben	70,33	68,6	n.s.
Verbindung	72,47	69,6	n.s.
Übereinstimmung bzgl. Ziele	72,27	67,3	<0,01
Gesamtwert	215,07	205,5	<0,05

schließlich über das Internet stattfand, als positiv. Die Frage, ob Sie eine direkte Kommunikation von Angesicht zu Angesicht im Hinblick auf Unterstützung und Instruktionen vermissten, verneinten fast 70%. Eine detaillierte Beschreibung dieser Studie ist auch im Beitrag von Lange et al. [2004] in diesem Heft zu finden.

Celio und Kollegen [2000] verglichen eine internet- und eine sprechzimmerbasierte Intervention zur Reduzierung von Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper und gestörtem Essverhalten. Anhand der auf 4 Items verkürzten Version einer multidimensionalen Social-Support-Skala wurde das Ausmaß an erlebter sozialer Unterstützung erfasst. Teilnehmer beider Interventionsgruppen gaben an, ein moderates Maß an Unterstützung erfahren zu haben. Es konnten keine Unterschiede bezüglich der wahrgenommenen sozialen Unterstützung zwischen der Online-Gruppe und der Sprechzimmergruppe festgestellt werden. Obwohl es sich hierbei nicht um eine einzeltherapeutische Intervention handelt, geben diese Daten doch Aufschluss darüber, dass stützende und vertrauliche Beziehungen auch über das Internet aufgebaut werden können.

In ihrer Studie verglichen Cohen und Kerr [1998] eine einmalige Face-to-Face-Intervention mit einer einmaligen onlinebasierten Intervention (Chat). Die Stichprobe bestand aus 22 Studenten, die sich mit Angstsymptomen anmeldeten und randomisiert auf beide Gruppen verteilt wurden. Dabei zeigte sich, dass Expertise, Attraktivität und Vertrauenswürdigkeit der Therapeuten unabhängig vom Kontaktmodus bewertet wurden. Auch wenn man in diesem Fall aufgrund der Einmaligkeit des Kontaktes nicht vom Aufbau einer therapeutischen Beziehung sprechen kann, bieten diese Daten einen weiteren Hinweis dafür, dass ein positiver und vertrauensvoller Kontakt auch über das Internet entstehen kann.

Cook und Doyle [2002] verglichen die Bewertung der therapeutischen Beziehung einer Online-Stichprobe mit einer repräsentativen Stichprobe traditioneller Sprechzimmertherapie anhand des Working Alliance Inventory (WAI). Der WAI [Horvath und Greenberg, 1989] ist ein therapieschulübergreifendes Instrument und bietet damit die Möglichkeit, die therapeutische Beziehung in unterschiedlichen Therapieansätzen miteinander zu vergleichen. Er gehört zu den am häufigsten eingesetzten Messinstrumenten zur Erfassung der therapeutischen Beziehung [Horvath und Symonds, 1991]. Der WAI misst die therapeutische Beziehung anhand der drei folgenden Elemente: 1) Aufbau einer interpersonellen Bindung, 2)

Übereinstimmung zwischen Klient und Therapeut bezüglich der Aufgaben innerhalb der Behandlung und 3) Übereinstimmung in der Zielsetzung der Behandlung. Der Fragebogen besteht aus 36 Items (die Kurzform, der WAI-S, aus 12 Items), die auf einer 7-Punkte-Likert-Skala bewertet werden. Aus Tabelle 3 wird ersichtlich, dass die Patienten der Online-Therapie verglichen mit Patienten der Sprechzimmertherapie, die therapeutische Beziehung insgesamt und insbesondere im Hinblick auf die Zielübereinstimmung als signifikant besser bewerten. Die Effektgrößen für die signifikanten t-Werte waren  $d = 0,79$  für die Zielskala bzw.  $d = 0,60$  für die Gesamtskala. Die Autoren schließen aus diesen Ergebnissen, dass auch über das Internet eine zumindest adäquate, wenn nicht sogar eine bessere therapeutische Beziehung aufgebaut werden kann. Aufgrund der geringen Stichprobenzahl der Online-Gruppe und der nicht randomisierten Zuweisung der Probanden ist jedoch fraglich, ob die Ergebnisse verallgemeinert werden können.

### Anwendungsbereiche der Online-Therapie

Interessant erscheint die Anwendbarkeit der Online-Therapie bei Lebensumständen, die eine herkömmliche Face-to-Face-Therapie erschweren. Online-Therapie könnte eine therapeutische Versorgungsmöglichkeit für Menschen sein, die häuslich z.B. durch eine körperliche Behinderung gebunden sind, oder für solche, die aus beruflichen Gründen häufig unterwegs sind. Auch für sprach- oder hörbehinderte Menschen oder Menschen, die Angst vor einer Stigmatisierung durch den Besuch einer psychotherapeutischen Praxis haben oder aufgrund von geographischen Faktoren keinen Zugang zum therapeutischen Versorgungssystem haben, könnte eine internetbasierte Therapie eine leicht verfügbare Alternative bieten. Für bestimmte psychologische Störungsbilder wie z.B. ausgeprägte Agoraphobie oder sozial phobische Patienten, die zuvor aufgrund ihrer Krankheit keine direkte psychotherapeutische Versorgung in Anspruch nehmen konnten, bietet eine internetbasierte Therapie eventuell erstmalig eine Behandlungsoption.

In einer Umfrage von Metanoia [1999] gaben 70% der circa 450 Befragten, die ein Online-Therapieangebot wahrgenommen hatten, an, dass es sich hierbei um ihren ersten psychotherapeutischen Kontakt handelte. Beachtlich ist, dass fast



**Tab. 4.** Potential und Risiken der Online-Therapie

Eigenschaft	Potential	Risiko
Anonymität	Offenheit, Expressivität [Suler, 1999] Enthemmungseffekt	Missbrauch/Annahme von falschen Identitäten Wegfall von sozialen Normen
Anwendbarkeit	Zugang für Personen, die bisher keinen Zugang zu Behandlungsangeboten hatten [Suler, 1999] Niedrigschwelliges psychosoziales Angebot auch für Personen mit nichtklinischer Symptomatik	Nicht geeignet für Menschen ohne Computer/ Internetzugang bzw. ausreichende Erfahrung im Umgang mit Computern Keine Behandlungsmöglichkeit von Menschen mit bestimmten Störungsbildern
Austausch ausschließlich schriftlich	Für Menschen, die sich besonders schriftlich gut ausdrücken können Keine zufällige Übertragung von nichtintendiertem nonverbalem Verhalten	Keine Möglichkeit, den Wahrheitsgehalt der geschriebenen Information zu überprüfen Potential für Missverständnisse Dauert länger in der Produktion
Asynchrone Kommunikation	Möglichkeit, über Geschriebenes zu reflektieren Terminliche Flexibilität Intensive Möglichkeit zur Supervision	Keine Möglichkeit der unmittelbaren Reaktion
Speicherung des therapeutischen Prozesses	Potential für kognitive Restrukturierung Rückfallprävention	Befangenheit in der Formulierung beider Therapiepartner
Beziehungsgestaltung	Erprobung von zwischenmenschlicher Beziehungsgestaltung Förderung von Selbständigkeit Geringe Abhängigkeit vom anderen	«Reduzierte Möglichkeit zwischenmenschlicher Erfahrungen»

65% dieser Patienten im Anschluss Kontakt zu einem ambulanten Therapeuten aufnahm. Diese Daten deuten darauf hin, dass das therapeutische Online-Angebot keine direkte Konkurrenz für niedergelassene Therapeuten bedeuten muss, sondern potentiell ein bisher unterversorgtes Klientel erreicht wird.

Bei der Online-Therapie wird dem Patienten die Möglichkeit zur intensiven Selbstbeobachtung und Veranschaulichung seines eigenen Entwicklungsprozesses gegeben, da er den gesamten therapeutischen Prozess anhand der verfassten Texte beider Therapiepartner jederzeit retrospektiv verfolgen kann. Der Prozess des Schreibens fördert die Reflexion, was wiederum einen zentralen Faktor des Veränderungsprozesses darstellt. Auch nach Abschluss der Therapie können die geschriebenen Texte als «Rückfallprävention» genutzt werden [Murphy und Mitchell, 1998]. Patienten können sowohl ihre eigenen Texte als auch die Anregungen und Kommentare ihrer Therapeuten immer wieder lesen, um sich einmal erarbeitete Handlungsalternativen und Perspektivenwechsel wieder ins Bewusstsein zu bringen. Eine Übersicht der möglichen Vor- und Nachteile onlinebasierter Interventionen kann in Tabelle 4 nachgelesen werden.

### Begrenzungen der Online-Therapie

Eine Online-Therapie ist weder für jeden Patienten noch für alle Therapieformen geeignet. Viele Menschen ziehen den Kontakt von Angesicht zu Angesicht dem computerbasierten Kontakt vor. Für einen erheblichen Teil klinisch relevanter

Störungen, wie beispielsweise Persönlichkeitsstörungen, gibt es derzeit noch keine Daten, ob und in welcher Form eine Behandlung über das Internet möglich wäre. Aus diesem Grund ist es sinnvoll, gegenwärtig noch relativ weit reichende Ausschlusskriterien für die internetbasierte Therapie anzuwenden. Es besteht weitgehender Konsens, dass eine Online-Therapie Patienten, die zu dissoziativen Bewusstseinszuständen neigen (z.B. in der Therapie der posttraumatischen Belastungsstörung), an Realitätsverlust leiden, Borderline-Symptome aufweisen, suizidal oder psychotisch sind, unzureichende Unterstützung bietet [Suler, 2001b]. Dennoch sind diese Richtlinien bisher empirisch nicht belegt und werden wiederholt in Frage gestellt [Ball et al., 1995; Bouchard et al., 2000; Zarate et al., 1997]. Einigkeit besteht jedoch darüber, dass Suizidgefährdete nicht über das Internet behandelt werden sollten. Üblicherweise bestehen über das Internet kaum Möglichkeiten der unmittelbaren Reaktion, insofern ist in einem solchen Fall eine direkte Begleitung vor Ort wichtig. Auch wenn eine Therapie intensive Diskussionen erfordert und der Patient dazu tendiert, die therapeutische Beziehung wiederholt auf die Probe zu stellen, scheint eine internetbasierte Behandlung nicht geeignet zu sein [Lange, 2003a]. Ein intensiver Explorationsprozess lässt sich in reiner Schriftform und ohne direkten Kontakt schwer gestalten, was zur Folge hat, dass das derzeitige Hilfsangebot ausschließlich auf eindeutig erfassbare Störungsbilder ausgerichtet ist. Außerdem darf in Deutschland ähnlich wie in vielen europäischen Nachbarländern keine Diagnose über das Telefon bzw. Internet gestellt werden. Die Behandlung von sehr komplexer Psychopathologie gestaltet sich im Internet eher schwierig. Die Möglichkeit einer zwischenmenschlichen

Erfahrung ist stark eingeschränkt. Besonders bei sozialen Defiziten wäre eine internetbasierte Therapie somit langfristig möglicherweise kein ausreichendes Übungsfeld.

Wiederholt geäußerte ethische (z.B. Diagnosestellung), juristische (z.B. mangelnde Sicherung der Daten) und pragmatische Bedenken (z.B. dass das Verfassen einer Mail erheblich mehr Zeit in Anspruch nimmt als die Übermittlung des Inhaltes in mündlicher Form) sollten geprüft und bei zukünftigen Therapieangeboten berücksichtigt werden.

## Schlussfolgerungen

Die Frage, ob man bezüglich der therapeutischen Beziehung im Internet eine neue Therapietheorie entwickeln muss, lässt sich aufgrund der derzeitigen Studienlage bei weitem noch nicht sicher beurteilen. Die hier vorgestellten Arbeiten liefern jedoch erste Hinweise dafür, dass über das Internet tragfähige therapeutische Beziehungen aufgebaut werden können. Die therapeutische Beziehung ist virtuell, aber nichtsdestoweniger real – d.h. die räumliche und zeitliche Distanz des Gegenübers kann nicht mit einer empfundenen emotionalen Distanz gleichgesetzt werden. Die Befürchtung, die therapeutische Beziehung werde durch den Gebrauch von Informations- und Kommunikationstechnologie abgeschwächt, scheint aufgrund der vorliegenden Erfahrungsberichte und empirischen Studien nicht prinzipiell gerechtfertigt. Trotzdem wird sie durch diese Medien verändert und stellt eine neue Herausforderung sowohl für Therapeuten als auch Patienten dar. Eine differenzielle und komplementäre Beziehungsgestaltung im Sinne Grawes [1992] kann über das Internet vermutlich nur begrenzt verwirklicht werden, da die therapeutische Beziehung selten den flexiblen Charakter einer Sprechzimmertherapie erreicht. Darüber, wie sich die internetbasierte Beziehung im Einzelnen, beispielsweise bezüglich Übertragungsreaktionen oder Identifikationsdynamiken von der traditionellen therapeutischen Beziehung unterscheidet, kann bisher nur spekuliert werden.

## Literatur

Alleman JR: Online counseling: The Internet and mental health treatment. *Psychotherapy* 2002;39:199–209.  
Andersson G, Strömgen T, Ström L, Lytkens L: Randomized controlled trial of Internet-based cognitive behavior therapy for distress associated with tinnitus. *Psychosom Med* 2002;64:810–816.  
Ball CJ, McLaren PM, Summerfield AB, Lipsedge MS, Watson JP: A comparison of communication modes in adult psychiatry. *J Telemed Telecare* 1995;1:22–26.  
Baur C: Limiting factors on the transformative powers of e-mail in patient-physician relationships: A critical analysis. *Health Commun* 2000;12:239–259.  
Bouchard S, Payeur R, Rivard V, Allard M, Paquin B, Renaud P, Gover L: Cognitive behavior therapy for panic disorder with agoraphobia in videoconference: Preliminary results. *CyberPsychol Behav* 2000;3:999–1007.

Carlbring P, Ekselius L, Andersson G: Treatment of panic disorder via the Internet: A randomized trial of CBT vs. applied relaxation. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2003;34:129–140.  
Carlbring P, Westling BE, Ljungstrand P, Ekselius L, Andersson G: Treatment of panic disorder via the internet: A randomized trial of a self-help program. *Behav Ther* 2001;32:751–764.  
Celio AA, Winzelberg AJ, Wilfley DE, Eppstein-Harald D, Springer EA, Dev P, Taylor CB: Reducing risk factors for eating disorders: Comparison of an Internet- and a classroom delivered psychoeducational program. *J Consult Clin Psychol* 2000;68:650–657.  
Cohen E, Kerr BA: Computer-mediated counseling: An empirical study of a new mental health treatment. *Comput Hum Serv* 1998;15:77–81.

Colon Y: Chatter(er)ing through the fingertips: Doing group therapy online: Women and Performance: *J Feminist Theory* 1996;9:205–215.  
ComCult research: ComCult Panel-Report: Online-Nutzung 2001. 2001. [www.joerghartig.de/doks-download/nutzerverhalten.pdf](http://www.joerghartig.de/doks-download/nutzerverhalten.pdf).  
Cook JE, Doyle C: Working alliance in online therapy as compared to face-to-face therapy: Preliminary results. *CyberPsychol Behav* 2002;5:95–105.  
Döring N: Identitäten, Beziehungen und Gemeinschaften im Internet; in Batinić B (Hrsg): *Internet für Psychologen*, ed 2. Göttingen, Hogrefe, 2000, pp 379–416.  
Dijk A van, Verkuil O: Kracht van de behandeling en risicofactoren voor online traumatherapeuten. Master thesis. University of Amsterdam, 2000.  
Eidenbenz F: Ohne Handy kann ich nicht leben. *Psychoscope* 2003;8:12–13.

- Fenichel M, Suler J, Barak A, Zelvin E, Jones G, Munro K, Vagdevi M, Walker-Schmucker W: Myths and realities of online clinical work. *Cyberpsychol Behav* 2002;5:481–497.
- Gelso CJ, Carter JA: The relationship in counseling and psychotherapy: Components, consequences, and theoretical antecedents. *Couns Psychol* 1985;13:155–243.
- Grawe K: Komplementäre Beziehungsgestaltung als Mittel zur Herstellung einer guten Therapiebeziehung; in Margraf J, Brengelmann JC (Hrsg): *Die Therapeut-Patient-Beziehung in der Verhaltenstherapie*. München, Röttger, 1992, pp 215–244.
- Griffiths M: Online therapy: A cause for concern? *Psychologist* 2001;14:244–248.
- Grohol JM: Best practices in e-therapy: Definition and scope of e-therapy. 1999. [www.ismho.org/issues/9902.htm](http://www.ismho.org/issues/9902.htm).
- Horvath AO, Greenberg LS: Development and validation of the Working Alliance Inventory. *J Couns Psychol* 1989;36:223–233.
- Horvath AO, Symonds BD: Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *J Couns Psychol* 1991;38:139–149.
- Kenardy JA, Dow MGG, Johnston DW, Newman MG, Thomson A, Taylor CB: A comparison of delivery methods of cognitive-behavioral therapy for panic disorder: An international multicenter trial. *J Consult Clin Psychol* 2003;71:1068–1075.
- King SA, Engi S, Poulos S: Using the Internet to assist family therapy. *Br J Guid Couns* 1998;26:43–53.
- Klein B, Richards JC: A brief Internet-based treatment for panic disorder. *Behav Cogn Psychother* 2001;29:113–117.
- Lange A, Ven JP van de, Schrieken B, Smit M: Interapy burn-out; preventie en behandeling van burn-out via internet. *Directie Ther* 2003a;23:121–145.
- Lange A, Rietdijk D, Hudcovicova M, Ven JP van de, Schrieken S, Emmelkamp PMG: Interapy. A controlled randomized trial of the standardized treatment of posttraumatic stress through the Internet. *J Consult Clin Psychol* 2003b;71:901–909.
- Lange A, Ven JP van de, Schrieken B, Smit M: 'Interapy' Burn-out: Prävention und Behandlung von Burn-out über das Internet. *Verhaltenstherapie* 2004;14:190–199.
- Laszig P, Eichenberg C: Onlineberatung und internet-basierte Psychotherapie. *Psychotherapeut* 2003;48:193–198.
- Lindner R, Fiedler G: Neue Beziehungsformen im Internet: Virtuelle Objektbeziehung in der Psychotherapie. *Nervenarzt* 2002;73:78–84.
- Maercker A: Therapie der posttraumatischen Belastungsstörung, ed 2. Berlin, Springer, 2003, Kap 2.
- Maheu MM, Gordon BL: Counseling and therapy on the Internet. *Prof Psychol-Res Pr* 2000;31:484–489.
- Manhal-Baugus M: E-Therapy: Practical, ethical, and legal issues. *Cyberpsychol Behav* 2001;4:551–563.
- Martin DJ, Garske JP, Davis MK: Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables. A meta-analytic review. *J Consult Clin Psychol* 2000;68:438–450.
- Metanoia: E-therapy history and survey. 1999. <http://www.metanoia.org/imhs/results.htm>.
- Miller JK, Gergen KJ: Life on the line: The therapeutic potentials computer-mediated conversation. *J Marital Fam Ther* 1998;24:189–202.
- Murphy LJ, Mitchel DL: When writing helps to heal: E-mail as therapy. *Br J Guid Couns* 1998;26:21–33.
- Norcross JC, Hedges M, Prochaska JO: The face of 2010: A delphi poll on the future of psychotherapy. *Prof Psychol-Res Pract* 2002;33:316–322.
- Schauben LJ, Frazier PA: Vicarious trauma: The effects on female counsellors of working with sexual violence survivors. *Psychol Women Q* 1995;19:49–64.
- Ström L, Pettersson R, Andersson G: A controlled trial of self-help treatment of recurrent headache conducted via the Internet. *J Consult Clin Psychol* 2000;68:722–727.
- Suler J: Psychotherapy in cyberspace. A 5-dimension model of online and computer-mediated psychotherapy. 1999. <http://www.rider.edu/users/suler/psyber/therapy.html>.
- Suler J: The online disinhibition effect. 2001a. <http://www.rider.edu/~suler/psyber/disinhibit.html>.
- Suler J: Assessing a person's suitability for online therapy. *Cyberpsychol Behav* 2001b;4:675–679.
- Tate DF, Jackvony EH, Wing RR: Effects of Internet behavioral counseling on weight loss in adults at risk for type 2 diabetes – a randomized trial. *J Am Med Assoc* 2003;289:1833–1836.
- Walther JB: Computer-mediated communication: Impersonal, interpersonal, and hyperpersonal interaction. *Commun Res* 1996;23:3–43.
- Winzelberg AJ, Classen C, Alpers GW, Roberts H, Koopman C, Adams RE, Ernst H, Dev P, Taylor CB: Evaluation of an Internet support group for women with primary breast cancer. *Cancer* 2003;97:1164–1173.
- Wright J: Online counselling: Learning from writing therapy. *Br J Guid Couns* 2002;30:285–298.
- Zarate CA, Weinstock L, Cukor P, Morabito C, Leahy L, Burns C, Baer L: Applicability of telemedicine for assessing patients with schizophrenia: Acceptance and reliability. *J Clin Psychiatry* 1997;5:22–25.